

INVESTIGACIÓN

2010



ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL EN EL “SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL” PARA ESTABLECER UN PROTOCOLO DE GESTIÓN DEL PROCESO QUE LIMITE LAS DIFERENCIAS ENTRE MEDICINA ASISTENCIAL Y PERICIAL

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.org

Investigador Principal

Carmen Torres Sánchez

Dra. en Medicina y Cirugía
Jefe de Sección de laboratorio
Ministerio de Justicia: Instituto de Medicina Legal de Murcia

Equipo Investigador

Aurelino Luna Maldonado

Dr. en Medicina y Cirugía
Catedrático de Universidad
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

Faustina Sánchez Rodríguez

Lda. en Medicina y Cirugía
Médico Forense
Ministerio de Justicia: instituto de Medicina Legal de Murcia

Juan Pedro Hernández del Rincón

Dr. en Medicina y Cirugía
Jefe Sección Prosectora
Ministerio de Justicia: instituto de Medicina Legal de Murcia

María Dolores Pérez Cárceles

Dra. en Medicina y Cirugía
Catedrática de Universidad
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

Índice

	Página
1. INTRODUCCIÓN	4
2. MATERIAL Y MÉTODO	5
3. RESULTADOS	6
4. DISCUSIÓN	16
5. CONCLUSIONES	17

1. INTRODUCCIÓN

Cuando comenzamos este proyecto de investigación, planteábamos que en los casos de valoración del esguince cervical, ya sea derivado de accidentes de tráfico como de cualquier otra etiología, muy frecuentemente se evidencia una notable discrepancia entre la valoración hecha por el médico forense y los otros peritos intervinientes en el proceso (privados, compañías de seguros, mutuas laborales), en relación a los días de curación, días de impedimento laboral, el tipo de tratamiento aplicado y las secuelas que pudieran quedar, considerando que esta diferencia o discrepancia puede estar determinada, y de hecho lo está, por los diferentes criterios utilizados a la hora de la valoración, y fundamentalmente, en la aplicación o no del criterio de estabilización lesional en lo referente al tiempo de curación, que si bien no supone ningún problema en cuanto a su concepto, contenido y límites, si parece existir en el caso de su aplicación práctica derivado de la diferente aplicación si se trata de la medicina asistencial o de la medicina pericial.

Esta diferencia se atribuye a la obligación del médico asistencial de tratar las quejas dolorosas del paciente siempre que éste lo solicite y con independencia de que se trate de una fase aguda, crónica o secuelar, lo que vendría a alargar notablemente el tiempo de curación e impedimento laboral.

Pero, la diferencia de criterios no solo estarían basados en esta diferente perspectiva asistencial/pericial, sino que también podrían incidir otros factores:

1. Cuando el paciente acude al médico, de urgencias o no, tras el accidente o el proceso etiológico que fuese, ¿cual es el criterio para diagnosticar un esguince cervical o síndrome de latigazo cervical?
2. Cuando se practica una radiografía cervical y se evidencia una rectificación de la lordosis, ¿es éste un criterio diagnóstico utilizado indiscriminadamente para su diagnóstico?
3. A la hora de realizar dicho diagnóstico, ¿se tiene en cuenta el mecanismo de producción de la supuesta lesión (biomecánica) o se basa solo en la sintomatología y la imagen radiográfica de rectificación?
4. Una vez realizado el diagnóstico y remitido el paciente a otro facultativo para su seguimiento:
 - a) ¿Cuánto tiempo pasa entre el diagnóstico y el reconocimiento por parte del facultativo que ha de seguir la evolución del proceso lesional?
 - b) ¿Se le realiza al paciente una adecuada historia clínica donde se recojan los antecedentes personales (patologías previas, accidentes previos, etc), mecanismo de producción (biomecánica en los casos de accidentes de tráfico), criterio cronológico (tiempo transcurrido entre el hecho lesional e inicio de la sintomatología), criterio topográfico, etc?

- c) La realización de exámenes complementarios tales como R.M.N. y/o electromiogramas, ¿se prescriben ajustándose a la sintomatología y/o exploración física del paciente o por las exigencias de éstos y/o los abogados?
- d) ¿Cuando es necesaria la rehabilitación o fisioterapia?
- e) ¿Que criterios se siguen para su prescripción?
- f) ¿Es necesaria la realización de un elevado número de sesiones de ésta, sea cual sea la intensidad del proceso y su mecanismo de producción, junto a la existencia o no de patologías previas coadyuvantes a mantener las quejas dolorosas?

Cuando el proceso se judicializa y el paciente acude a la consulta del médico forense:

1. ¿Cuanto tiempo ha pasado desde el accidente hasta que llega al forense el paciente? Tengamos en cuenta que los letrados en muchas ocasiones agotan el plazo de 6 meses para interponer la denuncia.
2. ¿Se le aporta al forense "motu proprio" todos los informes médicos o, por el contrario, se dilata la actuación forense porque éste debe solicitar de oficio al Juzgado que se recaben determinados informes médicos de los que el paciente no dispone por diversas circunstancias?
3. ¿Por qué se sigue tratando al paciente, es decir, porque se le siguen dando sesiones de rehabilitación hasta que el enfermo llega al forense, se necesitan o no, con el consiguiente gasto económico que esto conlleva?
4. ¿Por qué en multitud de casos, las compañías de seguros esperan al reconocimiento forense para llegar o no a un acuerdo?
5. Cuando el informe forense no satisface a una de las partes, ¿por que en los últimos tiempos se está recurriendo a la táctica de recurrir ante el Juzgado el informe forense para hacerle llegar a éste las facturas y fotografías de los daños sufridos por los vehículos argumentando que el impacto es leve o casi inexistente?
6. Esta situación, ¿no será una cuestión de otros tipos de peritajes entre las compañías, o, en su defecto, no deberían ser los facultativos que han tratado al lesionado y le han prescrito el tratamiento médico y/o rehabilitador, quienes debieran de responder a esos extremos?

Por otra parte, la definición de tratamiento médico que establece el artículo 147.1 del Código penal choca frontalmente con el concepto médico del mismo, ya que para el legislador, tratamiento médico es aquel que es distinto, necesario y ulterior a la primera asistencia facultativa, agregando que la mera vigilancia o seguimiento no se considera tratamiento médico y, en consecuencia, el hecho lesivo al que se le aplica un tratamiento médico, sería tipificado como delito. Si el médico asistencial des-

conoce éste precepto, en los casos de las agresiones, ¿cabe la posibilidad de que se realice un diagnóstico de esguince cervical sin criterios biomecánicos claros por ignorar las consecuencias legales de la aplicación de tratamiento médico?

Son múltiples las cuestiones que suscita y suscitará el S.L.C., no tanto en el aspecto clínico de la patología, como en el de las repercusiones económicas que lleva implícita, teniendo en cuenta que, la cuantificación económica que se deriva de ésta y otras patologías, está regulada, en el caso de los accidentes de tráfico, por Ley (Ley 34/2003 de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados), tanto de los días de curación, improductivos, hospitalización y de las secuelas, éstas últimas recogidas en la Tabla VI de la citada Ley.

Asimismo, hemos podido comprobar en la actividad forense diaria, que las patologías cervicales derivadas de agresiones siguen otras pautas a las derivadas de los accidentes, tanto en los días de curación como improductivos, tratamiento aplicado y secuelas. Esta diferencia, ¿a que puede deberse?:

- ¿A la diferente tipificación legal del hecho?
- ¿A los mecanismos de producción que intervienen en cada caso?
- ¿A la edad de los afectados?

En consecuencia, los objetivos que nos planteábamos eran:

1. ¿Es posible realizar una gestión más eficiente del proceso evaluando y depurando estas interferencias?
2. ¿Cuáles son los puntos críticos del proceso que pueden ser modificados y cuando está indicada una actuación externa para impedir una cronificación no justificada?

2. MATERIAL Y MÉTODO

De los 38400 lesionados vistos en el IML de Murcia durante 2009 y 2010, hemos seleccionado un total de 14230, 7299 varones (51.29%) con una edad media de 33.64 años y 6928 mujeres (48.70%) con una edad media de 34.28 años, con diagnóstico exclusivo de esguince cervical/latigazo cervical/cervicalgia postraumática y con diagnóstico de cervico-dorsalgia, cervico-lumbalgia, cervico-dorso-lumbalgia y policontusiones con sintomatología de cervicalgia, estudiando una serie de variables:

1) Estrictamente médicas (tanto en los accidentes de tráfico como en las agresiones):

- edad
- sexo
- existencia o no de patología previa
- mecanismo de producción
- tratamiento aplicado: primera asistencia y/o médico-quirúrgico
- días de curación
- días improductivos
- días de hospitalización
- secuelas
- diagnóstico sintomático
- diagnóstico sintomático y radiológico
- realización de exámenes complementarios (RMN, EMG)
- intervalo de tiempo transcurrido en acudir al médico forense
- intervalo de tiempo transcurrido en acudir al médico tratante
- intervalo de tiempo transcurrido en acudir al médico valorador.

2) No médicas:

a) accidentes de tráfico:

- automovilista (conductor, ocupante delantero o trasero)
- motorista
- peatón atropellado por coche, moto, bicicleta, etc
- como se produjo el accidente (colisión frontal, alcance, etc)
- fecha del accidente y de la primera asistencia recibida
- relación de causalidad entre el accidente y las lesiones
- si ha sido laboral

b) agresiones:

- como se ha producido (objeto contundente, manos y/o pies, armas blancas, etc)
- cuanto tiempo ha transcurrido desde la agresión hasta que ha recibido asistencia médica

Los criterios de inclusión para la realización de nuestro estudio son los siguientes: diagnóstico exclusivo de esguince cervical/síndrome de latigazo cervical/cervicalgia postraumática derivados de agresiones y, en el caso de los accidentes de tráfico, los ocupantes de los automóviles y los que curaron sin secuelas y no tenían patología previa diagnosticada. Los datos obtenidos se han analizado con el programa estadístico SPSS 17.0.

3. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución del total de la muestra según el Diagnóstico (N=14.227).

DIAGNÓSTICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cervicalgia	9.146	64,3	64,3	64,3
	Cervico-dorsalgia	1.393	9,8	9,8	74,1
	Cervico-lumbalgia	1.767	12,4	12,4	86,5
	Cervico-dorso-lumbalgia	408	2,9	2,9	89,4
	Policontusiones	774	5,4	5,4	94,8
	Erosiones múltiples	739	5,2	5,2	100,0
	Total	14.227	100,0	100,0	

Tabla 2. Distribución del total de la muestra según etiología (N=14.227).

ETIOLOGÍA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Peatón atropellado	205	1,4	1,4	1,4
	Motorista	654	4,6	4,6	6,0
	Ocupante automóvil	11.458	80,5	80,5	86,6
	Ocupantes bus	55	,4	,4	87,0
	Otros	64	,4	,4	87,4
	Agresión manos/oies	1.737	12,2	12,2	99,6
	Agresión objeto	37	,3	,3	99,9
	Agresión otros mecanismos	17	,1	,1	100,0
	Total	14.227	100,0	100,0	

Tabla 3. Distribución del total de la muestra según la existencia o no de patología previa (N=14.226).

PAT. PREVIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2.372	16,7	16,7	16,7
	No	11.854	83,3	83,3	100,0
	Total	14.226	100,0	100,0	

Tabla 4. Distribución del total de la muestra en función del sexo (N=14.227).

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	7.299	51,3	51,3	51,3
	Mujer	6.928	48,7	48,7	100,0
	Total	14.227	100,0	100,0	

Tabla 5. Distribución del total de la muestra en función de la existencia o no de secuelas (N=14.226).

SECUELAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	10.632	74,7	74,7	74,7
	No	3.594	25,3	100,0	100,0
	Total	14.226	100,0	100,0	

Tabla 6. Distribución del total de la muestra en función del tratamiento aplicado (N=14.226).

		TRATAMIENTO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico	11.896	83,6	83,6	83,6
	Primera asistencia	2330	16,4	16,4	100,0
	Total	14.226	100,0	100,0	

Tabla 7. Distribución de los lesionados en función del tipo de tratamiento recibido en relación con la etiología de la lesión (N=14.226).

Tabla de contingencia Tratamiento * Etiología										
Recuento		ETIOLOGÍA								Total
		Peatón atropellado	Motorista	Ocupante automóvil	Ocupante bus	Otros	Agresión manos/pies	Agresión objeto	Agresión otros mecanismos	
Tratamiento	Médico	186	620	10.901	53	58	69	5	4	11.896
	Primera asistencia	19	34	556	2	6	1.668	32	13	2.330
	Total	205	654	11.457	55	64	1.737	37	17	14.226

Tabla 8. Valores descriptivos de la edad media de los lesionados en función del sexo (N=14.227).

EDAD			
Sexo	Media	N	Porcentaje
Hombre	33,64	7.297	13,409
Mujer	34,28	6.928	13,744
Total	33,95	14.225	13,576

Tabla 9. Distribución de los lesionados en función del diagnóstico efectuado en relación con la etiología de lesión (N=14.227).

Tabla de contingencia Etiología * Diagnóstico								
Recuento		DIAGNÓSTICO						Total
		Cervicalgia	Cérvico-dorsalgia	Cérvico-lumbalgia	Cérvico-dorso-lumbalgia	Policontusiones	Erosiones múltiples	
Etiología	Peatón atropellado	93	19	25	7	60	1	205
	Motorista	385	43	81	18	125	2	654
	Ocupante automóvil	7.739	1.262	1.607	363	477	10	11.458
	Ocupante bus	37	4	6	1	7	0	55
	Otros	36	6	5	3	14	0	64
	Agresión manos/pies	833	55	41	16	83	709	1.737
	Agresión objeto	17	3	1	0	7	9	37
	Agresión otros mecanismos	6	1	1	0	1	8	17
Total		9.146	1.393	1.767	408	774	739	14.227

Tabla 10. Valores descriptivos de la edad media de los lesionados en función de la etiología de la lesión (N=14225).

EDAD			
Etiología	Media	N	Desv. típ.
Peatón atropellado	39,66	205	18,058
Motorista	30,86	654	13,359
Ocupante automóvil	34,35	11.458	13,476
Ocupante bus	44,35	55	17,601
Otros	37,44	64	15,843
Agresión manos/pies	31,36	1.735	12,714
Agresión objeto	33,24	37	14,217
Agresión otros mecanismos	38,88	17	16,545
Total	33,95	14.225	13,576

Tabla 11. Valores descriptivos de la edad media de los lesionados en función del diagnóstico (N=14225).

EDAD			
Diagnóstico	Media	N	Desv. típ.
Cervicalgia	33,76	9.146	13,558
Cervico-dorsalgia	33,94	1.392	13,440
Cervico-lumbalgia	34,78	1.766	13,230
Cervico-dorso-lumbalgia	35,35	408	13,708
Policontusiones	36,35	774	15,332
Erosiones múltiples	31,11	739	12,175
Total	33,95	14.225	13,576

Tabla 12. Distribución de la muestra seleccionada en función del sexo (N=1905).

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	1.085	57,0	57,0	57,0
	Mujer	820	43,0	43,0	100,0
	Total	1.905	100,0	100,0	

Tabla 13. Valores descriptivos de la edad media de los lesionados en función del sexo (N=1905).

EDAD			
Sexo	Media	N	Desv. típ.
Hombre	31,20	1.085	10,415
Mujer	32,63	820	11,251
Total	31,81	1.905	10,803

Tabla 14. Valores descriptivos de la edad media de los lesionados en función de la etiología (N=1905).

EDAD			
Etiología	Media	N	Porcentaje
Ocupantes automóvil	31,20	1.085	10,415
Agresiones	32,63	820	11,251
Total	31,81	1.905	10,803

Una vez analizados la totalidad de los lesionados hemos realizado una selección con las siguientes variables:

- ocupantes de automóviles
- agresiones con manos y/o pies
- cervicalgia/SLC/esguince cervical
- edad
- sexo
- diagnóstico
- etiología
- días de curación
- días improductivos
- tratamiento
- sin secuelas
- sin patología previa diagnosticada
- rango de edad de 18-70 años ambos inclusive.

Tabla 15. Valores descriptivos de la edad de los lesionados en función de la etiología de la lesión (N=1905).

DESCRIPTIVOS					
	Etiología		Estadístico	Error típico	
EDAD	Ocupantes automóvil	Media	31,47	,302	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	30,88	30,88	
			Límite superior	32,07	
		Media recortada al 5%	30,70		
		Mediana	29,00		
		Varianza	109,880		
		Desv. típ.	10,482		
		Mínimo	18		
		Máximo	70		
		Rango	52		
		Amplitud intercuartil	14		
		Asimetría	1,028	,071	
		Curtosis	,640	,141	
		Agresiones	Media	32,40	,427
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	31,56
				Límite superior	33,24
			Media recortada al 5%	31,61	
			Mediana	30,00	
			Varianza	128,015	
			Desv. típ.	11,314	
			Mínimo	18	
			Máximo	69	
			Rango	51	
			Amplitud intercuartil	14	
			Asimetría	,950	,092
			Curtosis	,339	,184

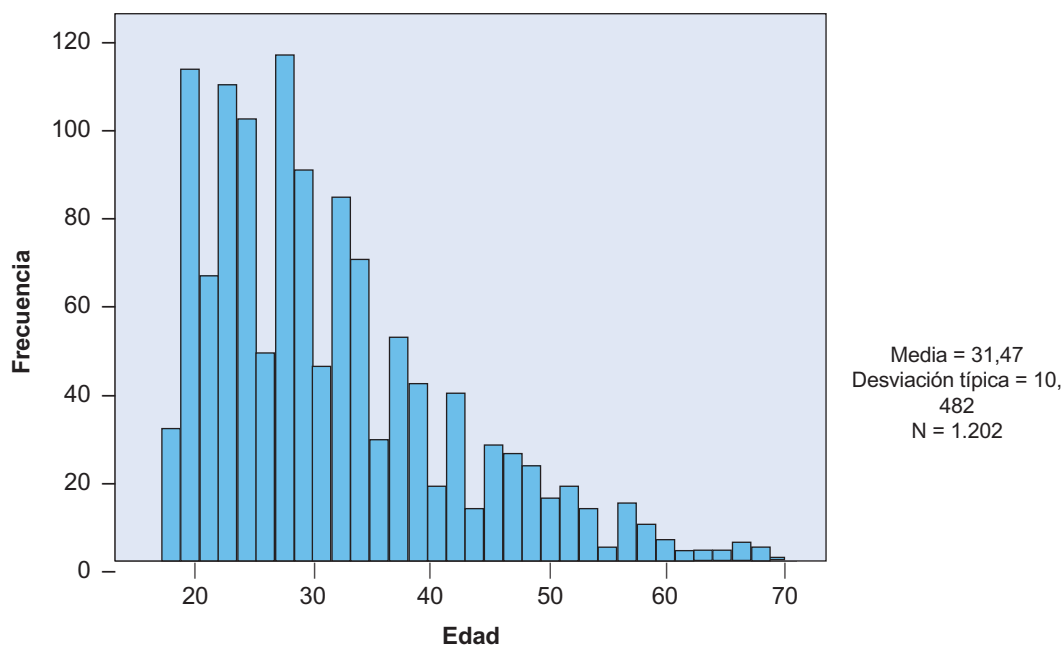


Figura 1. Histograma para Etiología = Ocupante automóvil.

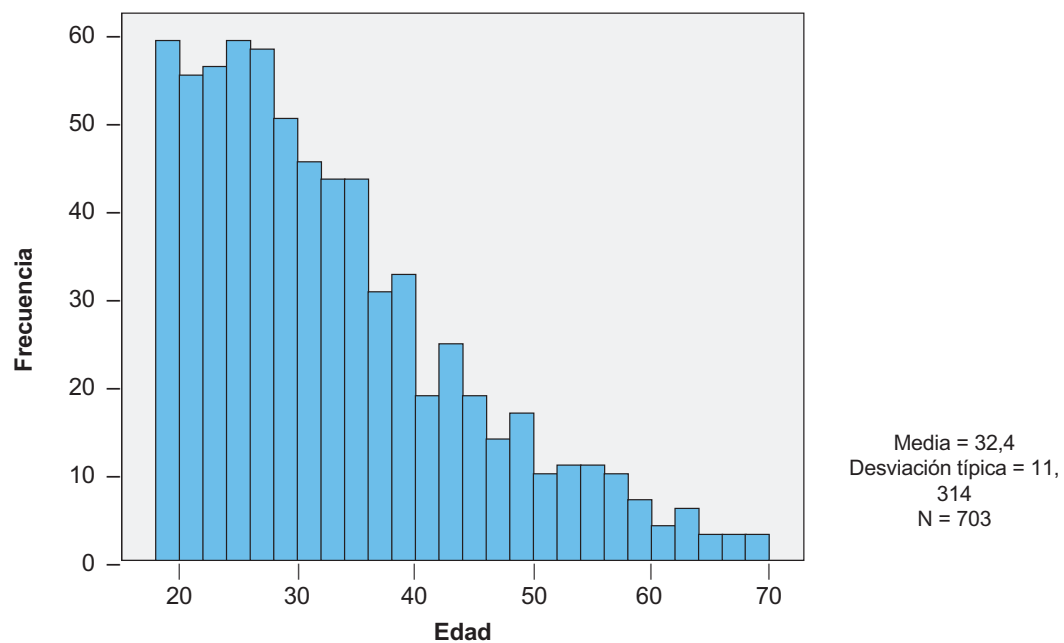


Figura 2. Histograma para Etiología = Agresiones.

Tabla 16. Valores descriptivos de la edad de los lesionados en función de los días de curación de la lesión (N=1905)

DESCRIPTIVOS					
	Etiología		Estadístico	Error típico	
DÍAS CURA	Ocupantes automóvil	Media	56,17	,680	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	54,84	
			Límite superior	57,51	
		Media recortada al 5%	56,50		
		Mediana	60,00		
		Varianza	555,663		
		Desv. típ.	23,572		
		Mínimo	0		
		Máximo	139		
		Rango	139		
		Amplitud intercuartil	40		
		Asimetría	-,056	,071	
		Curtosis	-,824	,141	
		Agresiones	Media	7,46	,231
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,01
				Límite superior	7,92
			Media recortada al 5%	6,76	
			Mediana	7,00	
			Varianza	37,636	
			Desv. típ.	6,135	
			Mínimo	0	
			Máximo	70	
			Rango	70	
			Amplitud intercuartil	3	
		Asimetría	4,085	,092	
		Curtosis	28,775	,184	

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,0001$) en la media de los días de curación en relación a la etiología de las lesiones.

Tabla 17. Valores descriptivos de la edad de los lesionados en función de los días impeditivos de la lesión (N=1905)

DESCRIPTIVOS					
	Etiología		Estadístico	Error típico	
DÍAS CURA	Ocupantes automóvil	Media	24,28	,530	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	54,84	
			Límite superior	57,51	
		Media recortada al 5%	22,90		
		Mediana	21,00		
		Varianza	338,015		
		Desv. típ.	18,385		
		Mínimo	0		
		Máximo	102		
		Rango	102		
		Amplitud intercuartil	20		
		Asimetría	1,078	,071	
		Curtosis	1,496	,141	
		Agresiones	Media	1,31	,172
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,97
				Límite superior	7,92
			Media recortada al 5%	,57	
			Mediana	,00	
			Varianza	20,839	
			Desv. típ.	4,565	
			Mínimo	0	
			Máximo	70	
			Rango	70	
			Amplitud intercuartil	1	
			Asimetría	8,209	,092
		Curtosis	94,132	,184	

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,0001$) en la media de los días impeditivos en relación a la etiología de las lesiones.

Tabla 18. Distribución de los lesionados en función de la etiología de la lesión en relación con el tratamiento aplicado (N=1905)

Tabla de contingencia Tratamiento * Etiología				
RECUENTO		Etiología		Total
		Ocupantes automóvil	Agresiones	
TRATAMIENTO	Médico	961	19	980
	Agresiones	241	684	925
Total		1.202	703	1.905

Tabla 19. Análisis de correlaciones bivariadas.

CORRELACIONES					
		Edad	Días Cura	Tratamiento	Días Imped.
Edad	Correlación de Pearson	1	,061**	,056*	-,045*
	Sig. (bilateral)		,008	,015	,048
	N	1.905	1.905	1.905	1.905
Días Cura	Correlación de Pearson	-,061**	1	-,736**	,775**
	Sig. (bilateral)	,008		,000	,000
	N	1.905	1.905	1.905	1.905
Tratamiento	Correlación de Pearson	-,056*	-,736**	1	-,561**
	Sig. (bilateral)	,015	,000		,000
	N	1.905	1.905	1.905	1.905
Días Imped.	Correlación de Pearson	-,045*	-,775**	-,561**	1
	Sig. (bilateral)	,048	,000	,000	
	N	1.905	1.905	1.905	1.905

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 20. Modelos de regresión lineal múltiple usando como variable dependiente los días de curación

RESUMEN DEL MODELO									
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,868 ^a	,753	,753	15,054	,753	1.451,426	4	1.900	,000

a. Variables predictoras: (Constante), Días Imped., Edad, Sexo, Etiología

ANOVA ^b						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1055487,1	3	351829,031	968,255	,000 ^a
	Residual	690754,872	1.901	363,364		
	Total	1746242,0	1.904			

a. Variables predictoras: (Constante), Etiología, Edad, Sexo

b. Variable dependiente: Dias.Cura

En el análisis de Regresión Lineal realizado, hemos utilizado como Variable Dependiente los Días de Curación, y como variables independientes la edad, sexo, etiología y días impeditivos, obteniendo una $R = 0.868$, con $gl1 = 4$, $gl2 = 1900$, significativo para $p \leq 0.0001$, con una $R^2 =$

0.753 , que significa que, con las variables independientes, podemos calcular el 75% de los días de curación, obteniendo una $t = -34.182$ ($p \leq 0.0001$), y los días impeditivos $t = 33.884$ ($p \leq 0.0001$), siendo las variables que mas peso tienen en la ecuación.

Tabla 21. Análisis discriminante.

ESTADÍSTICOS DE GRUPO					
Etiología		Media	Desv. típ.	N válido (según lista)	
				No ponderados	Ponderados
Ocupantes automóvil	Edad	31,4734	10,48236	1202	1202,000
	Sexo	1,4068	,49145	1202	1202,000
	Tratamiento	1,2005	,40054	1202	1202,000
	Dias.Cura	56,1714	23,57250	1202	1202,000
	Dias.Imped	24,2837	18,38519	1202	1202,000
Agresiones	Edad	32,3983	11,31437	703	703,000
	Sexo	1,4708	,49950	703	703,000
	Tratamiento	1,9730	,16228	703	703,000
	Dias.Cura	7,4609	6,13484	703	703,000
	Dias.Imped	1,3129	4,56500	703	703,000
Total	Edad	31,8147	10,80314	1905	1905,000
	Sexo	1,4304	,49527	1905	1905,000
	Tratamiento	1,4856	,49992	1905	1905,000
	Dias.Cura	38,1958	30,28438	1905	1905,000
	Dias.Imped	15,8068	18,54246	1905	1905,000

RESULTADOS DE LA CLASIFICACIÓN ^a					
Etiología			Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			1,00	2,00	
Original	Recuento	Ocupantes	1026	176	1202
		Agresiones	17	686	703
	%	Ocupantes	85,4	14,6	100,0
		Agresiones	2,4	97,6	100,0

a. Clasificados correctamente el 89,9% de los casos agrupados originales.

El análisis discriminante se ha realizado utilizando como variable principal la Etiología, clasificándose correc-

tamente con las variables tratamiento, días de curación y días impositivos el 89.9% de los casos.

Tabla 22. Distribución de la muestra en las diferentes variables estudiadas en el grupo seleccionado (N=1905)

	Ocupantes automóvil	Agresiones
Diag. Sintomático	10%	97%
Diag. Sintomático/Rx	90%	3%
Intervalo medio de tº acudir médico tratante	1 mes	0
RMN	80%	0
EMG	5%	0
RHB	80.35%	0
Intervalo medio de tº acudir forense	6-12 meses	1 mes

Para la realización del estudio Riesgo Relativo de los 1202 ocupantes de automóvil, hemos encontrado los datos necesarios para ello en 727 lesionados.

Tabla 23. Factores asociados al incremento del riesgo de aumentar los días de curación.

Factores de riesgo	n	%	Valor p	Odds Ratio
Edad			0,01	1,56
<40 años	581	79.9		
>40 años	142	21.1		
Tº transcurrido hasta ir al M Forense			0,001	2,09
<6 meses	216	29.71		
>6 meses	511	70.28		
EMG			0,001	3,02
Si	36	5		
No	691	95		
RMN			0,01	1,23
Si	582	79.91		
No	145	20.09		
Duración RHB			0,001	2,98
<40 sesiones	218	30		
>40 sesiones	507	70		
Tº transcurrido ir al médico valorador			0,001	2,63
<30 días	436	60		
>30 días	291	40		
Tº transcurrido ir médico asistencial			0,01	1,24
<30 días	400	55		
>30 días	327	45		
Coincidencia médico valorador-asistencial			0,001	3,21
Si	173	23,80		
No	554	76,20		
TOTAL	727	100		

4. DISCUSIÓN

El concepto de estabilización lesional no supone ningún problema en cuanto a su definición, su contenido y sus límites. Sin embargo, su aplicación en la práctica pericial plantea numerosos problemas que proceden, no únicamente del contexto sociosanitario, sino de la aceptación, en muchos casos sin una base rigurosa, de las fechas que proceden del contexto asistencial y donde a veces, no se refleja con exactitud la realidad lesional o, en otros casos, de la extrapolación del tiempo documentado de baja laboral.

Cuando analizamos la edad media (EM) de la totalidad de los 14225 lesionados con todas las variables seleccionadas inicialmente (edad, sexo, diagnóstico, etiología, patología previa o no, secuelas o no y tratamiento aplicado), observamos que ésta varía en función de la etiología y el

diagnóstico. Así, la EM de los ocupantes de automóvil es de 34,35 años y en las agresiones con manos/pies es de 31.36 años, edad media que se mantiene similar desde hace años, tal y como se comprueba en dos trabajos previos realizados por nosotros en una serie de 2421 lesionados (Torres *et al*, 2002, 2003). Cuando la consideramos en función del diagnóstico de cervicalgia/esguince/SLC, en el caso de los ocupantes de automóvil es de 34 años y en las agresiones con manos/pies es de 31.42 años, es decir, que en la EM no se observa una diferencia estadísticamente significativa con el diagnóstico. Por el contrario, al analizar dicho estudio sobre nuestra selección de 1905 casos que no tienen secuelas ni patología previa, la edad media en los ocupantes de automóvil es de 31.47 años y en las agresiones es de 32.40, es decir, que aumenta en las agresiones y disminuye en los ocupantes.

Edad Media / SLC	Ocupantes	Agresiones
LES. TOTALES (14427)	34	31.42
SELECCIÓN (1905)	31.47	32.40

Con respecto al tratamiento aplicado, siguiendo los mismos parámetros, es decir, lesionados totales-selección del estudio, en relación a la etiología, comprobamos que, en los ocupantes de automóvil es mayoritariamente médico, mientras que en las agresiones lo es una primera asistencia. Esta diferencia creemos que es debida al desconocimiento que se tiene, por la mayoría de los médicos (asistenciales o no) del concepto jurídico de tratamiento médico (constitutivo de delito) y de primera asistencia facultativa (constitutiva de falta), conocimiento del que sí dispone el médico forense por ser este funcionario de justicia y desarrollar su labor pericial ante los Tribunales.

Ciñéndonos a la selección realizada para nuestro estudio, observamos en relación a los días de curación e improductivos unas diferencias también estadísticamente significativas, de tal forma que en los ocupantes de automóvil es muy superior que en los casos de agresiones comprobándose igualmente que algunos casos se separan de la media ostensiblemente, lo que se atribuye, estudiando las historias clínicas, en el caso de las agresiones, a que un número considerable de éstas se desarrollan durante la actividad laboral, con prevalencia en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado mientras que en los tráficos podría atribuirse a los diferentes criterios de valoración así como a la actividad laboral que se desarrolle, extremo éste que, si bien no se ha planteado en el presente estudio, si pudimos comprobar en los dos trabajos anteriormente citados y realizados por nosotros (Torres, *et al.* 2002, 2003).

Igualmente, hemos podido determinar una serie de variables que inciden muy directamente en éstos resultados. Así, el diagnóstico sintomático quedaría en un segundo plano en el caso de los accidentes de tráfico, mientras que el hallazgo radiográfico de una rectificación de la lordosis fisiológica está presente en el 80% de los mismos., lo que explicaría la realización de RMN complementarias en el 80% de los casos. Pero, ¿realmente existen signos clínicos que indiquen su realización? Este extremo no nos es posible responderlo ya que el médico forense ve al paciente, como ya se ha comentado, entre 6-12 meses después de ocurrir éste, momento en que ya ha desaparecido todo tipo de signos y/o síntomas agudos que podrían explicar la realización generalizada de dichos exámenes complementarios, al igual que la aplicación en un tratamiento rehabilitador/fisioterápico en el 80.30% de los ocupantes de automóvil. lo que sin duda, encarece ostensiblemente la asistencia sanitaria y alarga los tiempos de curación e impedimento, y todo ello, con independencia del mecanismo de producción del accidente: frenazo brusco sin colisión, colisión estando aparcado, alcance en ciudad, alcance en autovía, etc, debiendo mencionar que en muchas ocasiones el lesionado manifiesta al médico forense que dicha rehabilitación se inicia a instancias del abogado sin antes acudir al médico asistencial que realiza el seguimiento del paciente.

Por el contrario, en el caso de las agresiones no solo se acorta notablemente el tiempo en que el lesionado es visto por el médico forense, sino que desde la instauración de los denominados Juicios Inmediatos de faltas o Juicios Rápidos o Diligencias Urgentes, el médico fo-

rense realiza la valoración de las lesiones a la vista de parte y en fechas muy cercanas al hecho lesional, utilizando criterios como mecanismo de producción, biomecánica y medico legales de estabilización, celebrándose el juicio en la mayoría de los casos, en los 15 días siguientes al hecho lesivo, lo que sin duda contribuye a acortar dichos tiempos. No obstante lo anterior y, atendiendo al mecanismo de producción o biomecánica, es difícil comprender un diagnóstico de esguince cervical cuando el paciente relata que el hecho lesivo se ha producido en una pelea utilizando las manos/pies, separándose de los criterios médicos establecidos para su producción, como son entre otros, la velocidad.

Por todo ello, en el presente estudio se han tenido en cuenta las diferentes variables que pueden incidir en el resultado final de unas lesiones, realizando una historia clínica lo mas detallada posible, y haciendo una valoración médica basada en criterios estrictamente médicos, individualizando cada caso particular con la mayor objetividad y profesionalidad posible.

5. CONCLUSIONES

1. Es necesario formar a los médicos asistenciales sobre las consecuencias de una valoración incorrecta y desarrollar sus capacidades para una adecuada asistencia, realizada desde parámetros exclusivamente clínicos, al igual que en el conocimiento del concepto jurídico de tratamiento médico, con las consecuencias legales que esto conlleva.
2. El paciente debe ser visto con la mayor precocidad posible por el médico valorador de la compañía aseguradora/Mutua laboral.
3. No parece adecuado la coincidencia de médico tratante y médico valorador, debiendo separarse ambas funciones.
4. La precocidad en la realización de los exámenes complementarios ayudaría a optimizar los tiempos de curación al establecer, entre otros factores, el carácter agudo o crónico de los posibles hallazgos.
5. La aplicación de tratamiento rehabilitador/fisioterápico debe responder única y exclusivamente a criterios clínicos y debe ser prescrito y supervisado según los mismos.
6. Las compañías aseguradoras deberían establecer un protocolo de verificación de las indicaciones, duración y características de los tratamientos fisioterápicos para identificar las posibles desviaciones realizadas por causas extrasanitarias.
7. En el análisis clínico no se suelen tener en cuenta las características concretas del mecanismo de producción (biomecánica), dejándose guiar por las impresiones subjetivas del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.